

CIRCULE Y COMPLETE LA CATEGORÍA QUE MEJOR DESCRIBE SU PROBLEMA:

Compensación laboral	Fecha de la lesión: _____ Parte del cuerpo: _____
	Compañía de seguro/tercero administrador: _____
	N.º de teléfono: _____ N.º de reclamo: _____
	Nombre del Empleador: _____
Medicare/Medicaid	N.º de ID de Medicare/Medicaid _____
	Plan de Medicare Advantage (Por ejemplo: Senior Dimensions, Humana) SI NO No sé
	Nombre del plan de Medicare Advantage: _____
Seguro	Compañía de seguro: _____ N.º de teléfono _____
	N.º de póliza/grupo _____ N.º de Identificación _____
	¿Se ha comunicado con la compañía de seguro? SI NO Nombre del contacto: _____
Facturación del hospital	Nombre del hospital: _____
	N.º de teléfono _____
	(Por favor, adjunte una copia de todas las facturas)
Facturación del médico	Nombre del médico/proveedor de servicios de cuidado de salud: _____
	N.º de teléfono _____
	(Por favor, adjunte una copia de todas las facturas)
Sin seguro médico	¿Cuánto tiempo ha estado sin seguro médico? ____ Año(s) ____ Mes(es)
	¿Ha utilizado hasta ahora recursos de la ciudad, el condado, el estado, o federales? SI NO
	De ser así, cuales ha utilizado? _____
	¿Es usted residente de Nevada elegible para comprar un seguro de salud? SI NO

POR FAVOR, DESCRIBA SU PROBLEMA O PREOCUPACIÓN: (UTILICE PÁGINAS ADICIONALES SI ES NECESARIO)

¿CUÁL SERÍA PARA USTED UNA RESOLUCIÓN JUSTA DE SU PROBLEMA/PREOCUPACIÓN?

Certifico que la información suministrada en la presente es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

X _____
Firma del consumidor o *representante legal

Fecha



ESTADO DE NEVADA
 DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS
 Oficina de Asistencia al Consumidor de Salud
 Oficina para Pacientes Hospitalizados
 3320 W. Sahara Ave., Suite 100 | Las Vegas, Nevada 89102
 (702) 486-3587 – Número Gratuito (888) 333-1597 – Fax (702) 486-3586
 Correo electrónico: cha@govcha.nv.gov

DESIGNACIÓN DE OCHA COMO REPRESENTANTE AUTORIZADO

(Complete este formulario ÚNICAMENTE si está asegurado.)

NOMBRE _____		N.º DE CASO DE GovCHA _____	
DOMICILIO _____	CIUDAD _____	ESTADO ____	ZIP CODE _____
N.º DE TELÉFONO PRINCIPAL _____		N.º DE TELÉFONO ALTERNO _____	
NOMBRE DEL PLAN DE SALUD _____	N.º DE TELÉFONO _____	N.º DE RECLAMO _____	
N.º DE IDENTIFICACIÓN DE PÓLIZA/GRUPO _____	N.º DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO _____		

Yo, por la presente, designo al Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Asistencia al Consumidor de Salud (OCHA), Oficina para Pacientes Hospitalizados para actuar como mi representante para solicitar una reconsideración de una denegación de cobertura/reclamo por parte del plan de salud mencionado anteriormente. Autorizo OCHA a realizar la solicitud de apelación, presentar o recabar evidencia, a obtener información de apelaciones, y a recibir cualquier aviso en conexión con mi apelación. Entiendo que la información médica personal relacionada con mi apelación puede ser divulgada a esta persona. NRS223.500

X _____
 Firma del consumidor

 Fecha

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA

 Appointed Representative

Above appointment accepted by GovCHA? YES NO